

# FORMULARIO DE SOLICITUD

## DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre (s)			
Apellido (s)			
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte		Nacionalidad	
Teléfono Residencial		Teléfono Oficina	Teléfono Celular
Correo Electrónico		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento DDMMAAAA
Profesión		Ocupación/Cargo	
Empresa		Dirección donde labora	
<input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Autopista			
Número	Nombre Edificio o Residencial		Apartamento
Piso		Bloque	Sector
Municipio / Ciudad		Provincia	

## DATOS DE LA MASCOTA

El presente seguro sólo cubre Perros y Gatos. Edad de ingreso desde 3 meses hasta 8 años de edad. El seguro cubre una sola mascota que es la relacionada con esta solicitud.

Nombre de la mascota				Raza	
<input type="checkbox"/> Perro	<input type="checkbox"/> Gato	<input type="checkbox"/> Macho	<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Fétil	<input type="checkbox"/> Castrado
Color		Fecha de Nacimiento DDMMAAAA			
Tamaño de la mascota <input type="checkbox"/> Pequeño (hasta 10kg) <input type="checkbox"/> Mediano (11 a 25 kg) <input type="checkbox"/> Grande (26 a 40 kg) <input type="checkbox"/> Gigante (más de 40 kg)					
No. Microchip		Características Especiales (marcas, manchas)			



### PLANES PARA PERROS

### PLANES PARA GATOS

Estos precios tienen el impuesto incluido

- |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Plan Cachorro</b><br>RD\$ 870 Mensual<br>RD\$ 10,440 Anual | <input type="checkbox"/> <b>Plan Canino</b><br>RD\$ 1,230 Mensual<br>RD\$ 14,760 Anual | <input type="checkbox"/> <b>Plan Manchas</b><br>RD\$ 1,590 Mensual<br>RD\$ 19,080 Anual | <input type="checkbox"/> <b>Plan Minino</b><br>RD\$ 860 Mensual<br>RD\$ 10,320 Anual | <input type="checkbox"/> <b>Plan Felino</b><br>RD\$ 1,210 Mensual<br>RD\$ 14,520 Anual |
|--|--|---|--|--|

Autorizo a Seguros SURA, S.A., a cargar a mi tarjeta de crédito indicada debajo, la **prima mensual** del seguros correspondiente. Es responsabilidad del asegurado(a) confirmar los cargos de la prima como garantía de su cobertura.

Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express		
Forma de Pago <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito		Fecha de Vencimiento		
TC o Cta				CVV

## INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

- Empleado/Asalariado  Propietario/Socio  Jubilado/Pensionado  Inversionista/Prestamista  Independiente  Estudiante
- Ama de casa  Otro ¿Cuál?

# INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales actividad principal  Menos de RD\$20 mil  RD\$20 mil a RD\$50 mil  RD\$50 mil a RD\$100 mil  Más de RD\$100 mil

Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

¿Ha manejado o maneja recursos públicos durante los últimos 3 años?  SI  NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Ha poseído o posee algún grado de poder público durante los últimos 3 años?  SI  NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es persona reconocida o de influencia pública?  SI  NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es afirmativa alguna de las preguntas anteriores para su cónyuge, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, nueras o yernos?  SI  NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

## DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por Seguros SURA S.A.

Autorizo expresa e irrevocablemente a Seguros SURA S.A. para que verifiquen y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

## AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a Seguros SURA S.A. para que, en caso de ser necesario puedan ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de Seguros SURA S.A., sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a Seguros SURA S.A. sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo.

Seguros SURA S.A., se reservan el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sean sujetos obligados. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, Seguros SURA S.A., se reservan el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

Fecha	Fecha
Firma del Solicitante	Firma del Representante